POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABINSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE.

Luty.	ROCZNIK DZIESIĄTY.	1908.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej we Lwowie (Prof. Macheka)
i z oddziału ocznego szpitala św. Zofii.

O zaniku nerwu wzrokowego przy nieforemnej czaszce.

Podał

Dr ADAM BEDNARSKI,
doc. pryw.

(Z 3-ma rysunkami na tablicy).

Pomiędzy zniekształceniami czaszki, połączonemi ze zanikiem nerwu wzrokowego, pierwsze miejsce zajmuje stożkogłowie *(oxycephalia)*. W literaturze niemieckiej przyjęła się powszechnie nazwa czaszki wieżowej *(Turmschädel, scaphocephalus)*. Wedle Enslina[1]) czaszka stożkowata nie jest to samo co czaszka wieżowa, gdyż przy czaszce stożkowatej nieprawidło-

[1]) Arch. f. Opht. Bd. LIII. 1904.

wy wzrost czaszki ku górze jest umiejscowiony i odnosi się tylko do ciemienia (Bregma, skrzyżowanie się szwu strzałkowego ze szwem wieńcowym), zaś przy czaszce wieżowej całe sklepienie czaszki (Kalotte) jest jednostajnie ku górze wzniesione. Jakkolwiek anatomicznie podział ten jest uzasadnionym, to jednak klinicznie, odnośnie do zaniku nerwu wzrokowego nie ma znaczenia, tak że *oxycephalię* i *„Turmschädel“*, w połączeniu ze zanikiem nerwu wzrokowego, możemy uważać za jednę postać kliniczną. W literaturze też nazwy te są ze sobą pomieszane, Niemcy używają nazwy czaszki wieżowej, Francuzi i inni zaś, nazwy czaszki stożkowatej.

Nie jest moim zamiarem przedstawiać tutaj całej odnośnej literatury, uczynił to już w literaturze niemieckiej Enslin[1]), zestawiając 42 przypadków, w literaturze zaś francuskiej Patry[2]), który zebrał 59 przypadków.

Pozwolę sobie tylko, nim przyjdę do opisania swoich przypadków, w krótkości sprawę chorobową przedstawić.

Przyczyną zniekształceń czaszki jest przedwczesne skostnienie szwów czaszkowych, które w zwyczajnych warunkach zwykły kostnieć dopiero w późniejszym wieku. Następstwem wczesnego kostnienia jest powstrzymanie rozwoju kości w kierunku prostopadłym do skostniałych szwów. Przy przedwczesnem więc skostnieniu wszystkich szwów, rozwój czaszki w całości zostaje powstrzymanym *(microcephali)*, przy przedwczesnym skostnieniu szwu wieńcowego i szwu poprzecznego tylnego powstrzymanym jest rozwój czaszki w kierunku podłużnym, przy skostnieniu szwu strzałkowego następuje powstrzymanie rozwoju czaszki w kierunku poprzecznym.

Przy czaszce stożkowatej, czaszka jest wysoka, wymiar podłużny może być prawidłowym lub też krótszym lub dłuższym, wymiar zaś poprzeczny jest zwykle krótszy; znajdujemy tutaj przeto głównie przedwczesne skostnienie szwu wieńcowego

---

[1]) l. c.

[2]) Annales d'oculist. T. CXXXIII. 1905.

i strzałkowego, a nadto często kompenzacyjne rozszerzenie czaszki w okolicy ciemienia dużego.

Skostniałe szwy są często zgrubiałe, tak, że wystają na kształt koguciego grzebienia. Położenie kości oczodołu ulega też często zmianie, oczodół bywa płytkim, skutkiem czego przychodzi do trzeszczu gałek, a wymiar pionowy oczodołu jest przytem często większym aniżeli wymiar poziomy, wejście oczodołu tworzy owal pionowy.

Mało posiadamy dotychczas badań anatomicznych, tłumaczących przyczynę przedwczesnego kostnienia szwów czaszki i zaniku nerwów wzrokowych. Na 4 przypadki sekcyjne (Michel, Ponfick, Manz i Bourneville), w 3 przypadkach znaleziono zajęcie opon mózgowych, a w 2-ch wąskość otworów wzrokowych.

Michel i Ponfick uważają za przyczynę zapalenia nerwów wzrokowych i następowego zaniku tychże wąskość otworów wzrokowych, Virchow i Hirschberg sprawy zapalne opon mózgowych, Manz zaś zapalenie opon mózgowych i wąskość otworów wzrokowych, Friedenwald znów przemijające podwyższenie ucisku śródczaszkowego, spowodowane przedwczesnem skostnieniem szwów.

Sprawy zapalnej w nerwach wzrokowych nie można odnosić do nieprawidłowej postaci czaszki, tak jedno jak i drugie mają wspólną przyczynę najprawdopodobniej w zapaleniu opon mózgowych u podstawy czaszki. Dotąd tylko nie jest wiadomem, jak podnosi Patry[1]) i Ambialet[2]), jakiego pochodzenia jest to zapalenie, nie znamy więc właściwej etyologii cierpienia.

Badanie wziernikowe wykazuje zanik nerwu wzrokowego ze śladami przebytego zapalenia, rzadziej tarczę o dobrze odgraniczonych brzegach. Częściej już w dzieciństwie chorzy wzrok tracą (do 5-go roku życia [Patry]), zdarza się jednak,

---

[1]) Ann. d'oculist. T. CXXXIII. 1905.

[2]) ibidem. T. CXXXIV. 1905.

że i do późnego wieku wzrok zachowują. Inteligencya bywa czasem upośledzoną. Nadmienić wreszcie wypada, że nie zawsze przy czaszce stożkowatej znachodzimy zanik nerwów wzrokowych, owszem znane są przypadki, gdzie przy czaszce stożkowatej wzrok był zupełnie prawidłowym, Enslin[1]) zebrał takich przypadków siedm.

W ciągu ubiegłych dwóch lat miałem sposobność badać 7-miu chorych ze zanikiem nerwów wzrokowych przy nieforemnej czaszce, z tych w 6-ciu przypadkach rozchodziło się o stożkogłowie. Historya tych chorych, z których dwóch badałem na klinice okulistycznej, zaś pięciu na oddziale ocznym szpitala św. Zofii, jest następująca:

Przypadek 1-szy:

Jakób K., l. 40, szewc ze Lwowa. Ojciec odumarł mu wcześnie, był słaby na piersi. Z rodzeństwa stryj chorego (ojca krewny) miał mieć wysadzone oczy. Nie pije, ani pali, nigdy nie chorował. Ożenił się w 20 roku życia, żona była słabowita na piersi, umarła. Z 9-ciu dzieci żyje tylko dwoje, reszta wcześnie, w 1—2 roku życia poumierała.

Na lewe oko nie widzi od dzieciństwa po uderzeniu, na prawe zaś nie skarży się, aby gorzej widział. Przychodzi z poradą nie sam, tylko ze swoim synem.

Przy pierwszem wejrzeniu uderzają wysadzone gałki (szczyt rogówki wystaje nad zewnętrzny brzeg oczodołu na 24 mm) i zniekształcenie czaszki. Czaszka jest wogóle małą a w okolicy ciemienia dużego okazuje znaczne wzniesienie. Pomiary czaszki i oczodołu podaję poniżej zestawione w tablicy.

Badanie wziernikowe wykazuje tarczę w całości wybitnie bledszą, brzegi tarczy dobrze odgraniczone i krótki wzrok miernego stopnia oka prawego. Lewe oko z powodu zaćmy urazowej oślepłe (*coloboma iridis*, *synechiae poster.*, *cataracta capsulolenticularis traumat. oc. sin.*).

---

[1]) l. c.

$\sqrt{\text{pr. } ^6/_{18} \text{ c. } - 5._0 \text{ D. Snellen } 0{\cdot}5}$
$\sqrt{\text{l. ruchy ręki.}}$

Pole widzenia na prawem oku miernie dośrodkowo ścieśnione (60° od zewn., 40° od góry, 55° od nosa, 50° od dołu). Wybitniejszego upośledzenia inteligencyi nie ma.

Przypadek 2-gi:

Izydor K., l. 4, syn w. o. Jakóba K. W drugim roku życia zaczął chodzić, i wtedy już zauważono, że coraz gorzej widzi, a od roku nie widzi zupełnie. Z powodu tego przynosi go ojciec do szpitala. Patrząc na chorego uderzają wysadzone gałki i nieforemna czaszka. Przy badaniu wziernikowem widać zanik obydwu tarczy przy brzegach ostroodgraniczonych i słabą hypermetropię. Dziecko bardzo mało inteligentne. Wymiary głowy i oczodołu podaję w tablicy poniżej, tutaj nadmienię tylko, że wysadzona była głównie okolica ciemienia, i że szew strzałkowy był wybitnie zgrubiały i wystawał na kształt koguciego grzebienia. Wysadzenie gałek mniejsze aniżeli u ojca, szczyt rogówki wystaje po nad zewnętrzny brzeg oczodołu na c. 19 mm.

Przypadek 3-ci:

Fryderyka K., l. 17, córka wyżej opisanego Jakóba K., a siostra Izydora K. Chorą zobaczyłem przypadkowo w ambulatoryum dokąd towarzyszyła bratu. Miałem sposobność raz tylko ją badać, więcej ojciec nie chciał jej przyprowadzić, dlatego nie podaję wymiarów czaszki, nadmieniam tylko, że chora była z rysów tak podobną do ojca swego i brata, że zaprzećby się jej nie byli w stanie i dlatego też poznałem ją w ambulatoryum między wielu innymi chorymi. Nadto oprócz tych samych rysów, podobna budowa czaszki wzniesionej stożkowato w okolicy ciemienia dużego, chociaż w mniejszym stopniu i podobnie wybitnie wysadzone gałki.

Z wywiadów dowiadujemy się od ojca. że przechodziła angielską chorobę i skutkiem tego do 3-go roku życia nie chodziła. Nie mówi dobrze, co ojciec odnosi do tego, że gdy była

małą, wóz ją przejechał. Inteligencya bardzo upośledzona, chora bardzo źle rozwinięta i źle odżywiona.

Badanie wziernikowe wykazuje na prawem oku tarczę różowo-szarą, brzeg nieregularny z powodu włókien rdzennych. Na lewem oku tarcza w całości bledsza, brzegi dobrze odgraniczone, niska myopia.

$$V \begin{cases} \text{pr. } {}^{6}/_{10},\ {}^{6}/_{6(-2)} \text{ c. } + 1{,}0 \text{ D.} \\ \text{l. } {}^{6}/_{20-15},\ {}^{6}/_{10(-2)} \text{ c. } - 4{,}0 \text{ D.} \end{cases}$$

Pole widzenia nie da się oznaczyć z powodu małej inteligencyi chorej.

Przypadek 4-gi:

Mojżesz M., (fig. 1) lat 24, nie widzi od 19 lat. Z rodzeństwa, trzech braci i jedna siostra widzą dobrze. Rysami przypomina ojca, u którego jednak czaszka jest prawidłowa.

Już na pierwszy rzut oka uderza wzniesienie czaszki w okolicy ciemienia dużego, jak to załączona fotografia dosadnie oddaje. Przy obmacaniu szew strzałkowy nie okazuje zgrubienia. Zresztą czaszka przedstawia się prawidłowo, łuki brwiowe są wyraźnie zaznaczone, gałki nie występują ku przodowi. Przy badaniu wziernikowem stwierdzamy lekką hypermetropię, tarcze n. wzrokowego wybitnie blade, o brzegach nierównych, nie ostro odgraniczonych.

Chory skoro przybył do kliniki na prawem oku palców nie liczył, na lewem zaś przed okiem z myłkami. Po miesięcznym pobycie w klinice, wśród którego czasu zażywał jod wzrok poprawił mu się o tyle, że prawem okiem liczył palce przed okiem, a lewem do 1 metra.

Pole widzenia na lewem oku wynosiło górą 15°, dołem 15°, od nosa 20°, od skroni 25°.

Nadto można było stwierdzić zez zbieżny naprzemienny i *nystagmus oscillatorius* bardzo nizkiego stopnia.

Wymiary czaszki podaję poniżej zestawione.

Przypadek 5-ty:

Helena B., l. 3, ze Lwowa. Z wywiadów dowiadujemy

się, że rzekomo przed 3-ma miesiącami przestała widzieć. Dziecko rozumne i przytomne. Nie gorączkuje. W narządach wewnętrznych żadnych zmian (Dr Progulski). Chodzi, krzywicy nie ma. Głowa niekształtna, uderza przedewszystkiem tyłogłowie guzowato-wyniosłe, również małą guzowatość widać na ciemieniu dużem. Guzowatość potylicy zwraca się więcej ku stronie prawej, podstawa jej jest szeroka, między nią a okolicą ciemieniową po obu stronach lekkie zaklęśnięcie. Łuki brwiowe dobrze zaznaczone, guzy czołowe wybitnie wystające, między guzami czołowymi a łukami brwiowymi zaklęśnięcie, rozszerzające się na skronie. Badanie dna oka wykazuje tarcze nerwu wzrokowego lekko obrzękłe, blade, brzegi pozacierane, żyły grubsze. Dziecko nic nie widzi.

Przypadek 6-ty:

Grzegorz B., (fig. 2) lat 6, ze Lwowa, przyjęty na oddział chirurgiczny Prof. Schramma do szpitala św. Zofii z powodu *tuberculosis testis sin.*

Wywiady nieznane. Objawów krzywicy nie ma. Budowa czaszki: guz czołowy prawy (fig 2) wybitnie zaznaczony, lewy mniej wybitny; również łuk brwiowy prawy wybitniejszy niż lewy. Guzy ciemieniowe mało zaznaczone. W okolicy ciemienia dużego stożkowata wyniosłość kostna, od niej idzie zgrubiały szew strzałkowy, który daje się wyczuć, jako lekka wyniosłość, przez całe czoło. Idąc ku tyłowi szew strzałkowy nie jest zgrubiały. Szew wieńcowy również po obu stronach ciemienia lekko zgrubiały. Między guzem czołowym prawym a wyniosłością stożkowatą ciemienia dużego, wybitne zaklęśnięcie czaszki, po lewej stronie tego nie widać, natomiast między guzem skroniowym lewym a stożkowatem wyniesieniem ciemienia dużego widać lekkie zaklęśnięcie. Tyłogłowie w całości spłaszczone; okolica ciemienia małego obniżona, nieco ku lewej stronie przesunięta. Poniżej *protuberantia occip. extr.* po prawej stronie czaszka lepiej wysklepiona, po lewej nieco zaklęśnięta. Gałki oczne wytrzeszczone. Wymiary patrz poniżej.

Bystrość wzroku:

V pr. palce: 20 metrów
V l. palce: 1 metr.

Pola widzenia nie badano, gdyż dziecko po temu za mało rozwinięte.

Opht. Obustronnie hypermetropia c. 4 D. Tarcze w całości wybitnie bledsze, z odcieniem seledynowym, górą brzeg nieco nierówny, zresztą brzegi tarczy ostro odgraniczone. Na lewem oku dołem zewnątrz od tarczy plama żółtawo-biała leżąca w naczyniówce, wielkości łebka szpilki, otoczona pierścieniem różowem o brzegach nie ostro odgraniczonych. Dziecko mówi nieco szepleniąc, inteligencya dobra.

Przypadek 7-my:

Matij W., (fig. 3) lat 23, przyjęty na klinikę 8. IV. 07. Od 12-u lat nie widzi, przedtem miał całkiem dobrze widzieć. Do szkoły nie chodził, bo go rodzice nie posyłali. Żadnej cięższej choroby nie przebywał. Z rodzeństwa dwóch braci i dwie siostry widzą dobrze, troje czy czworo umarło, nie wiadomo na co.

Badany rozróżnia tylko ruchy ręki. Źrenice szersze, na światło słabo oddziałują. Wziernikiem:

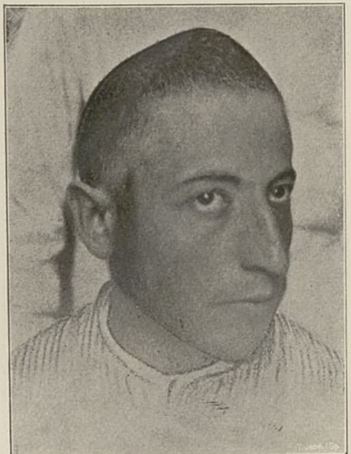
Pr. Tarcza jednostajnie blada z odcieniem seledynowym, brzeg nierówny, nie ostro odgraniczony. Tętnice siatkówkowe cieńsze, żyły nieco więcej kręte. Emmetropia.

L. Tarcza tak samo blada, brzeg dobrze odgraniczony, dookoła tarczy pierścień naczyniówkowy $1^1/_2$ mm szeroki, o brzegu nierównym, ostro odgraniczonym.

Tętnice cieńsze, żyły prawidłowe. Emmetropia.

Budowa czaszki: Łuki brwiowe wyraźnie zaznaczone. Guzy czołowe również. W okolicy ciemienia dużego wyniosłość stożkowata. Szew strzałkowy zgrubiały, nieco wystający. Guzy ciemieniowe płaskie. Guzowatość potyliczna zewnętrzna zwrócona nieco na lewo, wystaje nieco ku tyłowi. Gałki miernie wytrzeszczone.

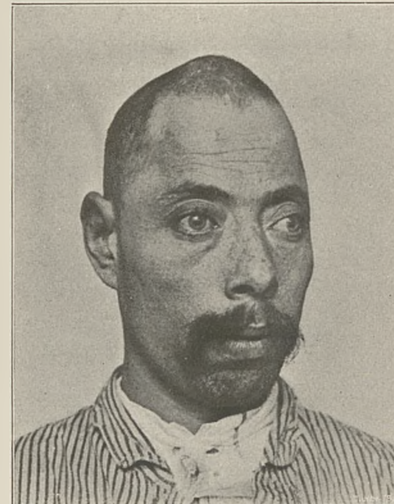
Poniżej w tablicy podaję wymiary czaszki i oczodołów, opisanych przypadków chorobowych:



(fig. 1)
Przypadek 4-ty.



(fig. 2)
Przypadek 6-ty.



(fig. 3)
Przypadek 7-my.

	Przypadek 1-szy Jakób K., lat 40	Przypadek 2-gi Izydor K., lat 4.	Przypadek 4-ty Mojżesz M., lat 24	Przypadek 5-ty Helena B., lat 3	Przypadek 6-ty Grzegorz B., lat 6	Przypadek 7-my Matij W., lat 23
Obwód głowy	520	490	530	476	470	505
Największy wymiar podłużny . .	180	175	175	168	162	185
» » poprzeczny .	140	130	145	125	150	145
Wymiar skroniowy	118	110	115	105	110	115
» jarzmowy	130	120	130	120	122	140
Od podbródka do szczytu czaszki	220	190	238	170	220	242
» » » potylicy . . .	220	175	220	175	180	240
Wysokość uszna (od zewn. przewodu usznego do szczytu czaszki) pr.	140	140	155	120	150	150
Wysokość uszna (od zewn. przewodu usznego do szczytu czaszki) l. .	—	—	145	120	150	150
Od zewn. przewodu usznego do zewn. brzegu oczodołu pr.	—	—	55	52	54	65
Od zewn. przewodu usznego do zewn. brzegu oczodołu l. .	—	53	50	57	52	65
Od zewn. przewodu usznego do szczytu zamkniętego oka pr.	—	—	92	65	78	91
Od zewn. przewodu usznego do szczytu zamkniętego oka l. .	—	—	80	65	75	90
Odległość zewn. brzegów oczodołu	100	90	90	96	90	97
» wewn. » » .	33	32	30	30	35	35
Wysokość oczodołu pr. . . .	35	37	31	27	31	34
Wysokość oczodołu l.	35	33	30	29	31	35
Szerokość oczodołu pr. . . .	36	35	34	27	34	35
Szerokość oczodołu l.	37	35	32	30	34	35
Indeks czaszkowy . . . . . . ($\frac{\text{szerokość}}{\text{wysokość}} 100$)	72·22	74·86	82·85	74·03	93·82	78·52

Zestawiając wyżej opisane przypadki widzimy, że w sześciu rozchodziło się o czaszkę stożkowatą *(oxycephalus)* w pojęciu Enslina, t. zn., że nie całe sklepienie czaszki, ale tylko okolica ciemienia dużego była nieprawidłowo ku górze wzniesioną, w jednym zaś przypadku była czaszka wogóle nieforemną.

W jednym przypadku (2-m) był szew strzałkowy wy-

bitnie zgrubiały, tak, że wystawał na kształt koguciego grzebienia.

Długość czaszki była w czterech przypadkach prawidłową, zaś w dwóch przypadkach czaszka była krótszą. W przypadku 4-tym wynosiła 175 (normalna 180—185), zaś w przypadku 6-tym wynosiła 162, a więc także mniej, aniżeli długość prawidłowa odpowiedniego wieku.

Szerokość czaszki. W dwóch przypadkach była prawidłowa 145 (normalna 145—150), w jednym przypadku była węższa 140 (przyp. 1-szy) i u dwojga dzieci, 3—4 lat, była węższa 125—130. W jednym zaś przypadku była znacznie większą — 150, u dziecka 6-letniego.

Wysokość czaszki była w pięciu przypadkach znacznie zwiększoną 140—155, (normalna 115—120 mm), w jednym przypadku u dziecka 3-letniego również większa, bo wynosiła 120 mm.

Obwód głowy był we wszystkich przypadkach małym, u dorosłych wynosił 50—53 cm, u dzieci był poniżej przeciętnej cyfry, ale także w granicach prawidłowych.

Na podstawie więc tych wymiarów musimy przyjąć, że pojemność czaszki we wszystkich przypadkach była w granicach prawidłowych.

Ze względu na indeks czaszkowy zaliczają się nasze przypadki 1-szy, 2-gi i 4-ty do *dolichocephali*, przyp. 7-my do *mesocephali*, przyp. 4-ty do *brachycephali*, przypadek zaś 6-ty do *hyperbrachycephali*.

Exophtalmus stwierdziliśmy w przyp.: 1-szym, 2-gim, 3-m, 6-m i 7-m, a więc w pięciu przypadkach — przytem tylko w jednym przypadku (2-gim) i to tylko oko prawe miało wymiar pionowy oczodołu, czyli wysokość większą (37) aniżeli szerokość (35). W przypadku 7-m na lewem oku były oba wymiary równe (38), w innych przypadkach między obu wymiarami zachodziła tylko mała różnica 1—3 mm.

Tarcza nerwu wzrokowego okazywała ślady przebytej *neuritis* w przyp.: 4-m, 6-m i 7-m, *neuritis* jeszcze bę-

dąca w toku w przyp. 5-m, zaś w pierwszych trzech przypadkach czysty zanik tarczy.

Wzrok w przyp. 1-m — $^{6}/_{18}$, w przyp. 2-m — 0, w przypadku 3-m — pr. $^{6}/_{6}$, l. $^{6}/_{10}$, w przyp. 4-m — palce przed okiem, w przyp. 5-m — 0, w przyp. 6-m — pr. palce: 20 m, l. palce: 1 m, w przyp. 7-m — $\frac{1}{\infty}$.

W dwóch przypadkach (2-m i 5-m) chorzy stracili wzrok w 2-gim roku życia, w jednym przypadku (4-m) w 5-m roku życia, w jednym przypadku (7-m) w 11-tym roku życia, zaś w dwóch przypadkach chorzy widzieli wcale dobrze, z tych jeden liczył l. 40, zaś druga l. 17, i ta chora miała tylko na jednem oku zanik, a na drugiem dno było prawidłowe (przypadek 3 ci).

Przypuszczam, że w tych przypadkach chorzy ci wzroku nie stracą, wogóle nie jest dotąd udowodnionem, że musi nastąpić zawsze utrata wzroku w późniejszym wieku.

Inteligencya w 2-ch przypadkach była wybitnie upośledzoną (2-gi i 3-ci).

Dziedziczność stwierdzono w pierwszych trzech przypadkach.

Przebytą krzywicę stwierdzono w 2-m i 3-m przypadku. W 3-ch przypadkach zauważono zaburzenia w mowie, w 2-m i 3-m chorzy źle mówili, w 6-m dziecko szepleniło.

Konwulsyi, przebytych chorób, wywiady nie wykazały w żadnym przypadku.

Wreszcie podnieść wypada trzy pierwsze przypadki odnosiły się do ojca i do dwóch jego dzieci co wskazuje wyraźnie na dziedziczność cierpienia, pomijając już wywiady wykazujące, że krewny ojca tej rodziny miał mieć również wysadzone oczy.

Jak we wstępie powiedzieliśmy, zanik nerwów wzrokowych tłumaczymy sobie, między innymi, zapaleniem opon mózgowych. Rozchodziłoby się tylko o rodzaj tego zapalenia. Virchow nie określa go bliżej, Manz również wyraża się tylko ogólnikowo, o *ostitis* wraz z *pachy-* i *leptomeningitis*. Hirschberg przyjmuje głównie *pachymeningitis*. Wedle En-

slina[1]) to »zapalenie opon mózgowych można tylko tak pojmować, jak to czyni Virchow, tłumacząc przedwczesne kostnienie, t. j. że kostnienie, osadzanie się soli wapniowych w istocie międzykomórkowej, odbywa się we wczesnych okresach życia prawdopodobnie skutkiem zwiększonego przekrwienia i to nietylko przez nadmierne nagromadzenie się krwi w naczyniach istniejących, ale też i skutkiem równoczesnego wytwarzania się nowych naczyń. Przytem Enslin dodaje jednak, że takiego przekrwienia nie możemy uważać za zapalenie w pojęciu Cohnheima.

Dwie są formy zajęcia opon mózgowych, przebiegających stosunkowo łagodnie z rokowaniem *quoad vitam* względnie dobrem, t. j. *meningitis chronica simplex* i *meningitis serosa* względnie *hydrocephalus internus*. O tych formach zapalenia opon, sądzę, że należy myśleć przy *oxycephalii*. W obu tych formach przychodzi często do następowego zajęcia nerwów wzrokowych. Przytem dodać należy, że do *meningitis chronica simplex* przyłącza się często *hydrocephalus internus* i trudno jest wtedy rozstrzygnąć, która z tych spraw jest właściwą przyczyną zajęcia nerwów wzrokowych. Badania najnowsze właśnie zwracają uwagę na *hydrocephalus internus* jako na główną przyczynę zaburzeń wzrokowych w tych przypadkach (Uhthoff[2]).

Przypadki te *hydrocephalus internus*, z następowem zanikiem nerwów wzrokowych, których sam miałem sposobność kilka spostrzegać, nasuwają mi się tutaj na myśl, skoro się zastanawiam nad przyczyną zaniku nerwów wzrokowych przy czaszce stożkowatej i innych nieprawidłowościach w budowie czaszki. Porównując te dwie sprawy, stożkogłowie i wodogłowie, uderza nas, że przy czaszce stożkowatej nie spotykano nigdy porażeń innych nerwów mózgowych, biegnących na pod-

---

[1]) l. c. str. 175.

[2]) Die Erkrankungen der weichen Hirnhäute. Graefe-Saemisch. Nowe wydanie.

stawie czaszki [1]), co zdarza się dość często przy *hydrocephalus internus*, jakoteż przy *meningitis chronica simplex.* Mimo tego, ponieważ, jak wyżej wspomnieliśmy, tak mało mamy dotąd przypadków sekcyjnych, bo zaledwie cztery, na blisko sto przypadków *oxycephalii* ze zanikiem nerwów wzrokowych, przypuszczam, że także przy *oxycephalii*, nie tylko samo zapalenie opon mózgowych, lecz również nadmierne nagromadzenie się płynu w komorach mózgowych może być powodem zapalenia i zaniku nerwów wzrokowych.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. LVIII. Z. 4. (Referent Dr Bałłaban).

O przypadku śródbłoniaka śródnaczyniowego oczodołu. (Über einen Fall von Endothelioma intravasculare der Orbita). Dr Watanabe.

Autor opisuje u $1/2$ r. dziecka nowotwór naczyniowy, który był umieszczony w górze i na zewnątrz w prawym oczodole. Nowotwór ten usunięto operacyjnie, pomimo tego jednak nastąpił nawrót. Badanie mikroskopowe wykazało, że nowotwór ten składał się z 3 części. 1) Część jego środkowa ma znamiona t. z. *angioma.* 2) Część druga posiada budowę płatową, podobną do gruczołu łzowego. 3) W części trzeciej znajdują się gruczoły okolone licznemi naczyniami. Autor proponuje podobnie jak to Waldeyer radzi nazywać tego rodzaju nowotwory *Haemangiomendothelioma intravasculare.*

Do kazuistyki powstawania szpar w oku. (Zur Casuistik der Colobombildungen des Auges). Dr Noll.

Jako dowód na to, że różne nieprawidłości rozwojowe oka jednego pozostają ze sobą często w ścisłej łączności, opisuje autor

[1]) Enslin znalazł w jednym przypadku osłabienie powonienia i smaku.

przypadek, który się tyczył $2^1/_2$ l. dziewczynki. Po obu stronach twarzy znajdywała się u tego dziecka 2 cm długa i 2—3 mm szeroka szpara policzkowa. Podczas gdy powieki oka prawego były prawidłowe, znajdywało się na górnej lewej powiece koloboma. Na granicy rogówko-twardówkowej ócz obu znajdywały się skórzaki, w obu zaś tęczówkach szpary. Na dnie oka znajdywała się obustronnie szczelina w naczyniówce.

Wrodzony nitkowaty zrost powiek. (Ankyloblepharon filiforme adnatum). Dr Reis (Lwów).

U prawidłowo donoszonego noworodka znajdywało się na oku lewem postronkowate zgrubienie, 3 mm długie. Utwór ten był elastycznym i dawał się wydłużać na 5 mm, przyczem szpara powiekowa należycie się otwierała. W miejscu wyjścia utwór ten był stożkowatym. Brzegi powiekowe były prawidłowe a także poza tem nie dało się wykazać żadnych zboczeń u dziecka. Po usunięciu poddano ten twór badaniu histologicznemu. W przypadku tym rozchodzi się o bardzo rzadkie zboczenie, opisane dotychczas przez 5 autorów: (Hassner, Brunzel, Webster, Wintersteiner i Oblatta.) Nazwa tego zboczenia ustaloną została przez Hassnera. Co się tyczy etyologii, to są dwojakie przypuszczenia. 1) Zmiana ta jest zboczeniem wrodzonem, 2) jest ona pozostałością jakiejś sprawy zapalnej.

Za pierwszem przepuszczeniem przemawia Bunzel, który nie przeprowadził jednak dokładnego badania drobnowidowego, gdyż badał utwór ten pod mikroskopem w całości. Znalazł on nabłonek, na powierzchni zrogowaciały. We wszystkich natomiast innych przypadkach, w których robiono skrawki porządkowe, znachodzono tkankę łączną i naczynia okolone zewsząd przybłonkiem. Podobny wynik badania otrzymał też autor. Badania te przemawiają za zapalną naturą tej zmiany i to w okresie, gdy oba brzegi powiekowe są jeszcze zlepione przybłonkiem. Drażnienie może być spowodowane potarciem paznogcia płodu. Zdaniem Hasnera drażnienie powstaje wskutek wybujałości zapalnej *ekzematöse Efflorescenz*). W opisanym przez Hasnera przypadku dała się też taka wybujałość spostrzegać równocześnie na twarzy.

Niezwykłe zabarwienie tarczy wzrokowej. (Abnorme Pigmentation der Sehnervenpapille). Dr Fejér.

Podobne przypadki zostały zebrane przez Ogawę i w liczbie 18-tu opisane. Z tych 12 miały znamiona patologicznych zmian, zaś 4 przypadki były nie patologicznemi.

Z przeprowadzonych badań przychodzi autor do wniosku, że

w blaszce sitowej człowieka znajdują się barwikowe komórki tkankołącznowe. Autor sądzi, że znajdujące się na tarczy wzrokowej większe złogi barwikowe są wrodzonemi zboczeniami. Następnie opisuje autor obraz wziernikowy jednego oka, gdzie tarcza wzrokowa była całkiem pokryta barwikiem i okolona pierścieniem barwikowym szerokim o $^1/_4$ przekroju t. wzrokowej. Po za tem spostrzegać się daje na całem dnie oka rozprzestrzoniony barwik.

Do teoryi skiaskopii. (Zur Theorie der Skiaskopie). Dr Borschke.

Odnośnie do dawnych swoich głoszeń, poczynionych w tem piśmie, przychodzi autor do wniosku, że wszystkie teorye tyczące się skiaskopii są pod pewnemi warunkami całkiem identyczne. Następnie polenizuje on z Wolffem.

Przyczynek kliniczno-statystyczny do poznania związku pomiędzy zboczeniami ócz i nosa. (Klinisch-statistischer Beitrag zur Kenntnis des Zusammenhanges zwischen Augen- und Nasenerkrankungen). Dr Brückner.

Autor badał 250 przypadków ostrego i przewlekłego zapalenia worka łzowego, powikłane z nieżytem spojówek. Z 55 przypadków przewlekłych schorzeń worka łzowego spostrzegał autor najczęściej zanik błony śluzowej nosa, w dolnych muszlach były najczęściej widoczne zgrubienia, zaś w ośrodkowych polipy. Przy istniejącej gruźlicy nosa był tą chorobą dotknięty także i worek łzowy. W połowie przypadków przewlekłego nieżytu spojówek, dało się wykazać zanik błony nosowej. W 16 przypadkach bólów głowy dały się 11 razy wykazać zmiany patologiczne w jamie skroniowej.

Ciałko barwikowe na tylnej ścianie rogówki. (Pigmentkörperchen an der Hornhauthinterfläche). De Goldberg.

W licznych oczach, badanych mikroskopem rogówkowym Czapskiego spostrzegał autor na tylnej ścianie rogówki brunatne punkty, największe. 9. μ. Te punkciki spostrzegać się dają szczególnie przy zaćmie. W jednym przypadku u 22 l. człowieka były te punkciki białe, gdyż brunatnieją one dopiero na starość. Autor badał 212 ócz W 43go z tych ócz widział autor te punkciki, przyczem brak było jakichkolwiek zmian zapalnych.

Autor sprzeciwia się zapatrywaniu Fuchsa, który punkciki takie miał widzieć na trupach i twierdzi, że są to ziarnka barwikowe, które przez rozpad barwnych komórek siatkówkowych się wyzwoliły.

Die Ophthalmologische Klinik. R. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Nr. 22. *Wprowadzanie jodu przez skórę.* (Zur perkutanen Jodbehandlung) Zimmermann.

Autor zachwala stosowanie jotionu w postaci maści wcieranej w skórę i wskazuje na badania Schindler'a i Wesenberga, którzy wykazali, że po jednorazowem wtarciu 5 gramów jotionu w postaci maści już po 3 kwadransach można jod wykazać w ślinie, a po dwóch godzinach w moczu. W przeciwieństwie do jodku potasowego, który już w 48 godzin po zaprzestaniu zażywania znika z ustroju zupełnie, jotion wtarty przez skórę daje się wykryć w wydalinach jeszcze po upływie tygodnia. We wszystkich zatem cierpieniach ocznych, gdzie chodzi o trwałe przesycenie ustroju jodem, uważa autor wcieranie maści jotionowej 25—30% za wskazane. Szczególnie korzystne wyniki uzyskuje autor w skrofulicznych zapaleniach oczu u dzieci przy równoczesnem odpowiedniem miejscowem leczeniu.

Nr 24. *Dalsze doniesienie o wszywaniu sztucznego woreczka łzowego.* (Weitere Mitteilungen über die Einheilung einer Tränensackprothese). Zimmermann.

Po odczycie jaki autor na ten temat wypowiedział na jeździe lekarzy i przyrodników w Dreźnie (we wrześniu 1907), odezwały się w dyskusyi głosy, że pierwsze próby wprowadzania sztucznego woreczka łzowego w miejsce wyłuszczonego robili Francuzi, ale myśl tę zarzucili później dlatego, bo proteza taka zawsze prędzej lub później, czasem nawet po latach zostawała jako ciało obce na zewnątrz wydaloną, albo znowu przez ucisk wytwarzała tak ciężkie zmiany w otaczających kościach, że trzeba ją było potem usuwać i to z niemałym trudem.

Autor zwraca uwagę, że wszystkie te niepomyślne próby należą jeszcze do epoki przedantyseptycznej, nie powinny być dziś zatem brane w rachubę. Jego zaś dotychczasowe doświadczenia pozwalają rościć nadzieję, że wyleczenie uzyskane zapomocą wszycia sztucznego woreczka łzowego można będzie w każdym niemal przypadku uważać za trwałe. Podaje on modele protezy woreczkowej trojakiej wielkości i przypomina przepisy techniki operacyjnej, od której wyłącznie pomyślny wynik zależy. Do 3 dawniej ogłoszonych przypadków dodaje 7 nowych. W tej liczbie w dwóch przypadkach proteza została na zewnątrz wydzieloną, w jednym z powodu zakażenia rany skórnej i wyropienia szwów, w drugim z powodu

nadmiernego przerostu dolnej muszli nosowej, która umożliwiała odpływ wydzieliny do nosa. W 8 innych przypadkach chorzy znoszą protezę jak dotąd doskonale i są wolni od łzawienia.

Przyczynek do anatomii tęczówki. (Zur Anatomie der Iris). Münch.

Jest to artykuł polemiczny, w którym autor na podstawie swych preparatów dowodzi, że t. zw. chromatofory w tkance zrębu tęczówkowego są kurczliwemi komórkami mięśniowemi wbrew twierdzeniu Wolfrum'a, który tworom tym nie przyznaje żadnych własności komórki względnie włókna mięśniowego. Münch wykazuje w swych preparatach włókienkową budowę chromatoforów równie wyraźną, jak we włóknach mięśni gładkich i powołuje się na świadectwo Engelmanna, Lebera, Axenfelda, Stöhra i Römera, którzy jego spostrzeżeniom i twierdzeniom słuszność przyznają.

O kształceniu ślepych i niedowidzących klas oświeconych. (Über Ausbildung von Blinden und Schwachsichtigen der gebildeten Stände). Weiss.

Autor jest kierownikiem zakładu dla dorosłych ciemnych w Gründ w Wirtembergii. W atykule swym daje on najpierw krótki rys historyczny starań i opieki, jaką w różnych czasach u różnych ludów otaczani byli ciemni od urodzenia lub ociemniali. Następnie wykazuje, jak wielką doniosłość społeczną ma praca nad należytem wykształceniem ciemnych i uzdolnieniem ich do samodzielnego zarobkowania. Podaje w krótkiem streszczeniu sposoby nauczania ciemnych od urodzenia, które oczywiście różnią się zasadniczo od sposobów kształcenia ludzi, którzy posiadając już znaczny zakres wyobrażeń wzrokowych następnie dopiero wzrok utracili. Wielką wagę przywiązuje on do należytego wyzyskiwania i metodycznego wyrabiania małych resztek wzroku, z jakiemi częstokroć wychowankowie zakładów rozporządzają i zaleca w pierwszym rzędzie sposoby podane do tego celu przez znakomitego wiedeńskiego pedagoga ośleplych Hellera, Z wielkiem uznaniem wyraża się o dobroczynnem dziele królowej rumuńskiej, która, jak wiadomo, w kraju swym założyła osobne miasto dla ciemnych. Z drugiej strony podnosi jednak szkodliwość zupełnego oddzielania ślepych od widzących. Doświadczenie poucza, że u ludzi ślepych wyrabia się zazwyczaj usposobienie drażliwe, zamknięte w sobie i pewnego rodzaju podejrzliwość wobec otoczenia. Wzajemne obcowanie niewidomych może się tylko przyczynić do spotęgowania się tych ujemnych stron charakteru, natomiast przeciwnie, jeśli się dzieci niewi-

dome o ile można wprowadza w częste zetknięcie z widzącemi, to z czasem pozbywają się one tych przywar i uzyskują tak pożądaną przy ich kalectwie równowagę i pogodę usposobienia,

---

Klinische Monatsbl. f Augenheilkunde. R. XLV. T. IV. lipiec. 1907. (Referent Dr Liebermann).

Znieczulanie skopolaminowo-morfinowe w okulistyce. (Die Skopolamin - morphiumnarkose in der Augenheilkunde). Dr H. Segelken — Stendel.

Zaletą tego sposobu ma być to, iż chory zasypia bez doznawania nieprzyjemnych sensacyi, a nadto odpada niedogodne w okulistyce nakładanie choremu na twarz maski do chloroformowania. Środek ten zastrzyknje się choremu podskórnie. Ponieważ skopolamina wysusza błony śluzowe, przeto wskazanem jest podać choremu przedtem znaczniejszą ilość płynu. Na 3 godziny przed operacyą wstrzykuje się choremu $^1/_3$ cm^3 następującej mięszaniny:

Scopolamin. hydrobromat	0,0012
Morph. hydrochlor.	0,06
Aq. destillat	2,00

Po pierwszem zastrzyknięciu chory czuje się znużonym a znużenie przechodzi w sen, gdy po upływie $1^1/_2$ godziny zastrzyknie się znowu $^1/_3$ m^3 powyższej mięszaniny. Zakraplając kokainę można już operować. Mięszaninę powyższą sterylizowaną wyrabia firma J. D. Riedel w Berlinie.

R. XLV. T. IV. maj — czerwiec 1907.

Podmiotowe widzenie barw przy zatruciach. (Ueber subjektive pathologische Farbenempfindung infolge von Vergiftungen). Dr R. Hilbert — Sensburg.

Największa ilość znanych trucizn powoduje widzenie koloru żółtego. Rzadziej daleko spotyka się widzenie niebiesko-fioletowe i czerwono-pomarańczowe.

Trucizny, którаby powodowała widzenie koloru zielonego, nie znamy.

R. XLV. T. III. sierpień — wrzesień 1907.

Wznowienie dawnych sposobów operacyjnych w przypadkach entropion. (Altes erneuert über die Operation des Entropion). Prof. Dr M. Straub — Amsterdam.

Sposób podawany przez autora jest kombinacyą metod Anagnostakisa, Hotza i Snellena.

W połowie wysokości chrząstki powieki górnej przecina się skórę równolegle do brzegu powiekowego. Ku górze i ku dołowi odpreparowuje się skórę i wycina odsłonięty mięsień. Przez górny brzeg chrząstki powieki górnej przeciąga się uzbrojonemi w dwie igły nitkami 3 pętle, a następnie wykłuwa się igły tuż nad brzegiem powiekowym. Nanizawszy perełkę zawiązuje się nitkę pociągając powoli ku górze aż brzeg skórny dojdzie do brzegu chrząstki powieki górnej. Postąpiszy w ten sposób i z bocznemi pętlami, przytwierdza się końce nitek plastrami na czole jak przy operacyi Snellena.

R. XLV. T. III. maj — czerwiec 1907.

Spirytus mydlany do sterylizacyi instrumentów okulistycznych. (Seifenspiritus zur Desinfection der Instrumente in der Augenheilkunde). Prof. Dr M. Straub.

Instrumenty wkłada się na chwilę do spirytusu mydlanego, następnie zmywa się je alkoholem. Nadto przed każdą operacyą wyciera się dokładnie narzędzia gazą napojoną spirytusęm mydlanym przez $^1/_2$ minuty i wkłada do sterylizowanego naczynia napełnionego spirytusem mydlanym. Bezpośrednio przed operacyą zmywa się instrumenty wodą borową, zanurza z powrotem w spirytusie mydlanym i powtórnie wodą borową zmywa. Ten sposób sterylizacyi nadaje się przedewszystkiem do sterylizacyi narzędzi ostrych, gdyż nie niszczy się przytem ostrza.

R. XLV. sierpień — wrzesień. 1907.

O leczeniu blennorrhoea adultorum przestrzykiwaniami metodą Kalta. (Die grossen Ausspülungen nach Kalt bei der Behandlung der Blennorrhoea adultorum). Dr H. Davids — Getynga.

Pod wpływem obfitych przestrzykiwań (2 litry rozczynu nadmanganianu potasowego 1 : 5.000, worka spojówkowego, w pierwszym dniu trzy razy dziennie, w następnych dwa razy dziennie, wydzielina szybko ustępuje, obrzęki powiek zmniejszają się. Nawet owrzodzenia rogówkowe nie są zdaniem autora, przeciwwskazaniem dla tego postępowania.

R. XLV. maj — czerwiec 1907.

Przyczynek do patologii i anatomii patologicznej nieżytu wiosennego spojówki. (Beitrag zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Frühjahrskatars). Pro. Dr F. Schieck — Getynga.

Kreibich zauważył u ludzi, cierpiących na wypryski, po-

wstałe pod wpływem światła słonecznego, a mające często wygląd kostek brukowych, zupełnie podobne zmiany i na spojówkach.

Wychodząc więc ze założenia, że nieżyt wiosenny może być również wynikiem chemicznych promieni słońca zasłaniał prof. Schieck oczy ludzi zapadłych na to cierpienie opatrunkiem, nie przepuszczającym wcale światła. Pod wpływem tego leczenia choroba wkrótce ustępowała, by znów się zjawić, gdy zdjęto opatrunek.

Co do zmian anatomiczno-patologicznych, to stwierdził autor bujanie tkanki łącznej i włókien elastycznych, wychodzących z tkanki podspojówkowej. Zwyrodnienie szkliste tych składników jakoteż nagromadzania limfocytów i bujanie przybłonka uważa autor za objawy wtórorzędne.

R. XLV. maj — czerwiec 1907.

O spirochetach rogówki. (Die Silberspirochaten der Kornea). Dr Walter Schultze — Berlin — Friedenau.

Z pracy autora wynika że: 1) kiłę można przeszczepić na królika, a najodpowiedniejszem miejscem szczepienia jest oko.

2) Krętki wykazane metodą srebrzenia, nie koniecznie muszą być zarazkami kiły, gdyż w zdrowej rogówce królika można wykazać zupełnie podobne korkociągowate twory, które są zakończeniami nerwowemi.

R. XLV. maj — czerwiec 1907.

O sposobie poprawy bystrości wzrokowej u albinosów. (Ueber ein Verfahren zur Verbesserung der Sehscharfe albinotischer Augen). Prof. Komoto — Tokio.

Autor starał się zmniejszyć olśnienie, które w znacznej części jest przyczyną złego widzenia u albinosów. W tym też celu wstrzykuje on tusz w zawiesinie w około brzegu rogówko-twardówkowego. Zabieg ten dał mu w dwu wypadkach bardzo zadawalniające wyniki.

R. XLV. lipiec 1907.

O okresowej krótkowzroczności. (Ueber temporare Myopie). Prof. Dr T. Schieck — Getynga.

Krótkowzroczność okresowa może być spowodowaną przez choroby ogólne, a mianowicie cukrzycę. Rzadziej daleko wspomniana choroba powoduje dalekowzroczność. Wytłomaczenia tego ostatniego zjawiska dotychczas nie ma.

Czasami guz ugniatający gałkę oczną może spowodować wydłużenie osi gałki i tem samem krótkowzroczność. Taki właśnie

wypadek opisuje autor. Ropotok jamy czołowej *(sinus frontalis)*, przebijający się na zewnątrz, uciskał gałkę oczną chorego i spowodował krótkowzroczność. Po otwarciu jamy czołowej krótkowzroczność ustąpiła.

U innego chorego przyczyną krótkowzroczności była długotrwała biegunka. Krótkowzroczność chorego, dla uniknięcia pomyłki stwierdzono objektywnie po zakropleniu atropiny i subjektywnie.

R. XLVI. grudzień 1907.

O rozczynach oleistych a w szczególności o oliwie akoinowej. (Ueber ölige Kollyrien insbesondere Akoinöl). Doc Dr v. Pflugk — Drezno.

Ciała chemiczne rozpuszczone w oliwie działają na oko silniej, aniżeli zwykle używane roztwory wodne. Tłómaczy się to tem, iż kropla wody z łatwością rozpływa się we łzach, podczas gdy z oliwy powstaje zawiesina, tak, że wkropliwszy np. rozczyn $1^0/_0$, ten przez cały czas pozostaje w oku jako taki, podczas gdy rozczyn wodny zmienia w oku ustawicznie swoje zgęszczenie. Zatem nawet słabsze roztwory w oliwie mogą silniejszy wywrzeć skutek, niż wodne o tem samem zgęszczeniu.

Zwłaszcza bardzo pomyślne skutki osiągnął autor oliwą akoinową. Jedno procentowy rozczyn znieczula oko na kilka godzin. Oliwa do takiego rozczynu musi być zupełnie czystą i wolną od wszelkich kwasów tłuszczowych. Rozczyn trzyma się bardzo długo nie psując się

Oliwę akoinową ($1^0/_0$, $2^0/_0$, $3^0/_0$) we flaszeczkach sterylizowanych wyrabia fabryka v. Heydena jako sol. acoin. bas. oleos. (von Heyden) à 5 gr.

R. XLVI. grudzień 1907.

O przyczynie wzmożonego parcia wśrodocznego w przypadkach staphyloma partiale rogówki. (Ueber die Ursache der Drucksteigerung bei Partialstaphylom der Hornhaut). Dr Robert Hesse — Grac.

Przyczyną wzmożonego parcia jest w tych razach, jak o tem autora pouczają badania mikroskopowe dwu odpowiednich przypadków, zupełne zamknięcie przestrzeni Fontany.

R. XLV. grudzień 1907.

Technika tatuacyi rogówki. (Zur Technik der Tätowierung der Hornhaut). Dr. Robert Hesse.

Autor małym trepanem wycina okrągły otwór, poczem odpreparowuje warstwę około $^3/_4$ mm grubą pozostawiając płatek za

pośrednictwem małego mostka w łączności z resztą tkanki rogówkowej. Zapuściwszy tusz wstawia z powrotem odpreparowany poprzednio krążek. Po wygojeniu pozostaje sztuczna źrenica równomiernie czarna, okrągła o powierzchni gładkiej lśniącej.

R. XLV. grudzień 1907.

Przyczynek kliniczny do gruźliczego zapalenia jagodówki. (Klinischer Beitrag zur Kenntnis der tuberkulösen Uveitis). Dr E. Lubowski — Katowice.

Obraz kliniczny dwóch przypadków zapalenia jagodówki w których tylko odczyn tuberkulinowy wykazał prawdziwą etyologię choroby. Gruzełki w niektórych przypadkach siedzą tak wysoko w siatkówce lub naczyniówce, że ich wziernikiem dojrzeć nie można. W innych znów przypadkach gruzełek usadowił się w twardówce. Do tej kategoryi przypadków należą i oba obrazy chorobowe przez autora przytoczone.

R. XLV. grudzień 1907.

O nieczęsto przydarzających się przyczynach zakażenia oka. (Einige seltene Infektionen des Auges). Doc. Dr Wiktor Hanke i Dr Rudolf Tertsch — Wiedeń.

Opis czterech rozmaitych przypadków zakażeń ropnych oka; dwóch owrzodzeń podobnych do wrzodu pełzającego i dwóch przypadków panophthalmitis.

W pierwszym przypadku owrzodzenia (u 8-mio dniowego dziecka) przyczyną cierpienia był *bacillus pyocyaneus*, w drugim *bacillus proteus vulgaris*. W trzecim przypadku powodem zropienia oka *(panophthalmitis)* był *meningococcus intracellularis meningitidis epidemicae.*

W ostatnim wreszcie opisanym przypadku owrzodzenia rogówki, badania bakteryologiczne wykazały drobnoustrój, z wejrzenia do *bacillus subtilis* podobny sposobem życia od tegoż znacznie się jednakże różniący.

R. XLV. grudzień 1907.

Oślepnięcie skutkiem przypadkowego dostania się do oka sztucznego nawozu. (Ueber Erblindung bei der Arbeit mit künstlichen Düngemitteln durch zufalliges Einstreuen in die Augen). Dr. R. Augstein.

Przy rozsiewaniu sztucznego nawozu na polu, zawiał wiatr nieco tego proszku robotnikowi do oczu. Nastąpiło obrzmienie powiek, nadżerki na rogówkach, tak, że chory po wyleczeniu, ledwo

palce przy dobrem oświetleniu policzyć był w stanie. Autor wskazuje na niebezpieczeństwo przy pracy nawozem tzw. *Superfosfat.*

R. XLV. grudzień 1907.

Zupełny powrót sprawności oka po zakrzepie w żyle środkowej. (Völlige Wiederherstellung der Funktion nach Apoplexia sanguinea retinae. (Thrombosis venae centralis). Dr Friedrich Pinkus — Kolonia.

Zaczopowanie żyły środkowej spowodowało u 46 letniego chorego liczne i rozległe wybroczyny krwawe w siatkówce. Wzrok znacznie podupadł — chory liczył palce w odległości 2 metrów. Początkowe leczenie polegało na upustach krwi (*Heurteloup*) i środkach napotnych. Wzrok się nieco poprawił [5/50]. Chorego wypuszczono ze szpitala, polecając zażywanie natr. jod. Gdy po upływie dwóch lat chory się powtórnie zgłosił, nie znaleziono śladów po wybroczynach, wzrok wrócił do stanu prawidłowego, a pole widzenia nie okazywało żadnego zwężenia.

R. XLV. grudzień 1907.

Przypadek miąższowego zapalenia rogówki i przebiegu nieżytu wiosennego. (Ein Fall von interstitieller Hornhautentzündung bei Frühjahrskatarrh). Dr J. Isakowitz — Norymberga.

Jedenastoletni chłopiec zachorował na zapalenie spojówki, do którego dołączyło się niebawem miąższowe zapalenie rogówki w postaci głęboko usadowionych, ściśle ograniczonych nacieków. Po upływie kilku dni cały obraz się zmienił, wystąpił bowiem typowy obraz nieżytu wiosennego usadowionego przeważnie na spojówce gałki. Nacieki w rogówce uważa autor za ekwitalent wybujałości spojówkowych, występujących w przebiegu *catarrhus vernalis.*

R. XLVI. styczeń 1908.

Związek między pracą z bliska a krótkowzrocznością. (Ueber den Zusammenhang zwischen Nahearbeit und Kurzsichtigkeit). Dr Walther Thorner — Berlin.

Na poparcie teoryi, że praca z bliska spowodować może krótkowzroczność, przytacza autor następującą okoliczność. Przy czytaniu nie porusza się oko jednomiernie od strony lewej ku prawej, lecz zatrzymując się na każdej zgłosce, oko wykonuje ustawicznie ruch skaczący. Przy końcu takiego każdego drgnienia, ma oko dążność poruszania się dalej w kierunku stycznej, lecz zatrzymane przez mięśnie, doznaje małych, lecz ustawicznych szarpnięć. Te właśnie szarpnięcia powodują z biegiem czasu wydłużenie osi ocznej.

R. XLVI. styczeń 1908.

O stosowaniu szkieł za silnych w przypadkach dalekowzroczności, jako środek przeciw dolegliwościom z niedomogi pochodzącym. (Die Ueberkorrektion der Hypermetropie als Behandlungsmethode bei asthenopischen Beschwerden). Dr Percy Fridenberg junior surgeon, New-York Eye et Ear infirmary.

Autor radzi w przypadkach tych, w których zwykłe leczenie albo wcale nie przynosi ulgi, lub też małą tylko, zapisywać szkła o 1,oo D silniejsze niż tego wymaga korrekcya, a dopiero po pewnym czasie, gdy objawy astenopii ustąpią, dać choremu należące mu się szkła.

R. XLVI. styczeń 1908.

Glejak tęczówki. (Glioma Iridis). Dr. L. Weekers — Leodyum.

Autor opisuje nowotwór wychodzący pierwotnie z tęczówki, który przy badaniu mikroskopowem okazał się jako *glioma.* Niektóre części nowotworu uległy zwapnieniu tak, że przy sporządzaniu preparatów musiano oko poddać odwapnieniu.

R. XLVI. styczeń 1908.

Objawy kliniczne i anatomiczno-patologiczne jamistego naczyniaka naczyń limfatycznych zajmującego oczodół i spojówkę. (Zur Klinik und pathologischen Anatomie des Lymphangioma cavernosum der Konjunctiva und der Orbita). Dr Dejonc — Fryburg w Bryzgowii.

Autor opisuje dwa przypadki wyż wspomnianego nowotworu. Dyagnostycznie ważnem jest, iż od wczesnej młodości istnieje w takich przypadkach trzeszcz gałki ocznej, upośledzający lub też nie, jej ruchy. W późniejszych okresach przyłącza się do tego zanik nerwu wzrokowego.

R. XLVI. styczeń 1908.

Podwiązywanie arteria carotis communis w ciężkich przypadkach krwotoków do gałki ocznej, oraz przyczynek do anatomii patologicznej retinitis proliferans. (Ueber Ligatur der Carotis communis bei schweren Fallen intraoculärer Blutung, nebst pathologisch-anatomischem Beitrag zur Retinitis proliferans). Dr A. Varquer-Barriera — Montevideo.

Autor opisuje kilka przypadków peryodycznych krwotoków do wnętrza gałki ocznej. By przynajmniej jedno oko uratować, postanowił autor podwiązać arteryę dogłowową wspólną (*arteria carotis communis*) po jednej stronie. Wynik operacyi był dodatni; krwo-

toki do gałki ocznej po operowanej stronie ustały. Jakkolwiek zabieg sam przez się nie jest trudnym, to jednakże następstwa tegoż mogą być bardzo groźne. Grożą mianowicie zakrzepy i powstanie ognisk rozmiękczynowych w mózgu. Statystyka jednakże wykazuje że osobniki młodsze (poniżej lat 60) dobrze znoszą ten zabieg.

R. XLVI. styczeń 1908.

O oftalmoreakcyi. (Ueber Ophthalmoreaktion). Dr C. Brons — Fryburg w Bryzgowii.

Reakcya tuberkuliny na spojówkę, wkraplana jest jako środek rozpoznawczy, ma swoje ujemne strony. Przedewszystkiem nie jest to środek dyagnostyczny zupełnie pewny, gdyż we wielu przypadkach zupełnie pewnej gruźlicy narządów wewnętrznych, reakcya wcale nie występowała, chyba przy użyciu środka w znaczniejszem zgęszczeniu.

Powtóre, tuberkulina wkroplona do oka chorego na tle gruźliczem, powoduje znaczne pogorszenie sprawy chorobowej. W dwu wypadkach, zakroplenie tuberkuliny do oka zdrowego, ale u osobnika gruźliczego spowodowało groźne objawy zapalne. Wobec takich wyników zakraplanie tuberkuliny do oka, jest ze stanowiska okulistycznego w każdym razie przeciwskazanem.

Daleko niewinniejszym środkiem jest podskórne wstrzyknięcie tuberkuliny.

R. XLVI. styczeń 1908.

Przypadek atypowego ropnego zapalenia rogówki, którego przyczyną był staphylococcus aureus w postaci podobnej do sarcina. (Ueber einen Fall von atypischer Hypopyonkeratitis mit Staphylococcus aureus in sarcinaënhlicher Form). Dr W. Tschirkowsky — Kazań.

W jednym przypadku wrzodu przebijającego rogówkę znalazł autor obok typowego gronkowca złocistego również twory przypominające układem swoim sarcinę. Przeprowadzając hodowle, przekonał się, że mimo zmienionej postaci był to przecież gronkowiec złocisty, gdyż widział różne postacie przejściowe.

Wiestnik Oftałmołogii. Listopad — Grudzień 1907. (Refer. Dr Matusewiczówna).

Leczenie przetok woreczka łzowego zapomocą elektrolizy. (O leczenii swiszczej śleznawo mieszka elektrolizom). A. W. Łotin — Petersburg.

Jako dodatnie strony tego leczenia w porównaniu z innymi sposobami podnosi autor:

1. Krótki czas trwania leczenia.
2. Posiedzenia rzadsze niż przy sondowaniu.
3. Rozszerzenie zwężonego przewodu łzowego trwalsze.
4. Wydzielina ropna znika czasami po pierwszem posiedzeniu.
5. Przy przetokach lepsze są wyniki wskutek szybszego powrotu różności kanału z jednej, a bakteryobójczego działania elektrolizy z drugiej strony.

Do wykonania zabiegu używa autor sondy Lagrange'a lub też sondy własnego pomysłu, podobnej do Bowmanowskiej, tylko łączącej się zapomocą osobnej śrubki z przewodnikiem elektrycznym. Wprowadza się do przewodu łzowego numer, który z pewnym trudem da się włożyć, drugi zaś przewodnik wkłada się do nozdrza z odpowiedniej strony. Siła prądu dojść może, wzrastając stopniowo do 5 M. A., posiedzenie jedno trwa 5—8 minut. Zabieg jest zupełnie nieszkodliwym.

Przy katodzie jak wiadomo zbierają się zasady, jakoteż wolny wodór, działają one rozmiękczająco na tkanki. rozmydlają, stąd też sonda łatwiej daje się wprowadzić i przy zwężeniach przewodu łzowego należy sondę łączyć z katodą. Przeciwnie przy anodzie zbierają się kwasy, które drażnią tkankę, tworzą się strupy bardziej zbite, stąd też anoda powinna być użytą przy przetokach.

W 3 przypadkach, które autor przytacza: w pierwszym przetoka trwała około 2 lat i zamknęła się po jednorazowem zastosowaniu elektrolizy; w drugim przetoka trwała od lat 12 — wyleczona po 5 posiedzeniach elektrolizy; wreszcie w 3-cim — ostrym przypadku przetoki — wyleczenie nastąpiło po pierwszem posiedzeniu.

Przyczynek do patologii przewodów łzowych. (K patologii sleznych kanalcew). K. Orłów — Kazań.

Autor opisuje 2 przypadki zachorzenia kanalików łzowych, gdzie chorobotwórczym zarazkiem był grzybek z gatunku Trichomycetów.

Klinicznie przedstawiała się choroba w postaci narośli obej-

mujących okolicę kanalików łzowych. Drobnowidowe badanie wykazało tkankę wytworzoną pod wpływem zapalenia chronicznego i rozszerzone ścianki przewodu łzowego.

Przyczynek do sprawy pochodzenia amyloidu. (K woprosu o proischożdienii amiłoida). W. Eleońska.

Na podstawie zbadanych 2 przypadków zwyrodnienia skrobiowatego spojówki oka, dochodzi autorka do wniosku, że komórki i włókna mogą brać udział w zwyrodnieniu, zamieniając się w masy skrobiowate, przyczem ulegają mu nietylko składniki tkanki łącznej, ale i włókna mięśniowe i komórki przybłonka.

Przyczynek do kazuistyki podspojówkowych narośli. (K kasuistikie subkonjunktivalnych opucholej). N. J. Burcew — Petersburg.

1. *Lipoma subconjunctivale.*

2. *Sarcoma globocellulare subconjunctiv.*, w tym przypadku chodziło o nawrót narośli, która została 2 lata przedtem usuniętą z tego samego miejsca. Zajmującą jest okoliczność powolnego wzrostu niewątpliwie złośliwej narośli i jednocześnie istniejąca narośl, wychodząca z parotis, a która okazała się mięsakiem o komórkach wrzecionowatych ze znaczną domieszką barwika. Autor przypuszcza, że albo te narośla powstały jednocześnie, bez związku ze sobą lub też pierwotnym był guz spojówki, jako utworzony z tkanki młodszego typu.

Przyczynek do etyologii i ogólnego leczenia t. zw. jaskry zapalnej. (K etiologii i oboszczej terapii tak nazywajemoj wospalitielnoj glaukomy). E. Blessig — Petersburg.

»Nietylko oko dotkniętego jaskrą powinno być przedmiotem naszego leczenia, ale i cały człowiek, cierpiący na jaskrę«, — taką jest przewodnia myśl autora. Podnosi on, jak ważną rolę odgrywają w pochodzeniu jaskry naczynia, zaburzenia w krążeniu bądź ogólnej, bądź miejscowej natury, działanie na system naczynioruchowy (jaskra pod wpływem wrażeń psychicznych), dalej powstawanie jaskry w okresie klimatycznym u kobiet. Występującemu wtedy dość często zapaleniu tęczówki i naczyniówki, towarzyszą częsty napady jaskry, stąd należy być ostrożnym w stosowaniu środków rozszerzających źrenicę. Dalej zwraca uwagę autor na związek między jaskrą a zmianami patologicznemi naczyń. Hirth znalazł na 69 przypadków jaskry 46 ze zmianami naczyń. *Glaucoma haemorrhagicum* powstaje niewątpliwie według zdania autora na tle zachorzeń naczyń. Słusznem jest, według autora wobec tego

podawania chorym na jaskrę preparatów jodowych, sam on uważał szybsze wessanie się krwotoków po irydektomii antiglaukomatycznej przed wpływem jodu.

Dalej zwraca autor uwagę na podagrę i syfilis, jako odgrywające etyologiczną rolę w jaskrze. Dyetetyczne leczenie w pierwszym przypadku, swoiste w drugim, dają dobre wyniki. Chroniczne zapalenie nerek może też sprzyjać powstaniu jaskry, stąd należy być ostrożnym u nefrytyków ze stosowaniem środków rozszerzających źrenicę. Wreszcie niektóre choroby zakaźne o przebiegu ostrym jak róża, influenza mogą dać powód do napadów jaskry u osób do tego usposobionych.

Kazuistyczne dane z kliniki okulistycznej tomskiego uniwersytetu za rok szkolny 1906/1907. (Iz kasuisti oftalmologiczeskoj fakultetskou kliniki tomskawo uniwersitita za 1906/07 uczebnyj God). P, J. Czistiaków — Tomsk.

1. *Argyrosis conjunct.* Zbadanie drobnowidzowe wyciętych załamków wykazało, że przybłonek spojówki wolny jest od srebra, którego ziarenka zbierają się tuż pod nim. Głębiej srebro też się odkłada, głównie we włóknach elastycznych, dalej w ściankach naczyń krwionośnych, ale tylko zewnętrznych, podczas kiedy wewnętrzne pozostają wolne. Ten fakt potwierdza, jak się zdaje mniemanie niektórych autorów, że srebro przenosi się do tkanek nie drogą krążenia, a wprost mechanicznie lub na mocy dyffuzyi.

2. *Skrobiowate zwyrodnienie powiek*: 3 przypadki — 2 w przebiegu trachoma, 3-ci bez oznak trachoma.

3. *Emphysema powiek:* Przypadek dotyczył chorego, którego uderzyła rogiem krowa. Poza silnym obrzękiem powiek nie było żadnego śladu zranienia, trzeszczenie tylne z trudem dało się wykazać. Po nacięciu usunięto powietrze i obrzęk znikł.

4. *Naczyniak tkanki oczodołowej:* przypadek o tyle rzadki, że dotyczył nie jak zwykle tylnej, a przedniej tkanki oczodołu. Guż wyczuwał się się przez dolną powiekę; gdy przecięto skórę, celem usunięcia go, natrafiono na tkankę tłuszczową oczodołu, tak że na razie wzięto go za tłuszczak, dopiero pod tłuszczem ukazał się właściwy nowotwór.

5. *Nagromadzenie płynu pod spojówką twardówki.* Zmiana ta wystąpiła na oku, które 4 lata przedtem uległo zranieniu nożem. V. O.

Dookoła rogówki widać było wał podniesionej spojówki, przypominającej postacią swą pasożyta. Przez jedno miejsce tego pęcherza widać było jakby ubytek w twardówce. Przypuszczano *echinococcus* lub *cysticercus* i postanowiono usunąć cały twór. Po odpreparowaniu spojówki nakłuto pęcherz, wyciekło zeń nieco prze-

źroczystego płynu i wtedy wyraźnie widać było ubytek w twardówce zatkany częścią ciałem rzęskowem i perełką ciałka szklistego.

Zeszyto spojówkę, nie ruszając twardówki, rana zrosła się *per primam* i płyn już się więcej nie zbierał, poprzednio zaś będące zadrażnienie oka ustąpiło.

6. *Przypadek nieprawidłowego przyczepu ścięgna mięśnia zewnętrznego prostego.* Przy operacyi zeza zauważono, że mięsień zewnętrzny prosty, przyczepia się 2 pęczkami ścięgna do twardówki.

Przyczynek do kazuistyki urazowych porażeń mięśni ocznych. (K kasuistikie traumaticzeskich orbitalnych paraliczej głasnych mysze). A. G. Wasiutyński — Warszawa.

Przypadek dotyczył żołnierza, który w stanie nietrzeźwym natknął się za haczyk u wieszadła, przyczem doznał rozerwania mięśnia prostego górnego i uszkodzenia skórnego górnego. Ponieważ część ścięgna i mięśnia prostego uległa nekrozie i należało ją usunąć, nie wykonano przeto żadnego zabiegu operacyjnego, a zaopatrzono tylko opaską antyseptyczną. Jako następowe leczenie stosowano elektryzacyę w ciągu 2 miesięcy, poczem dwojenie, niepokojące dotąd chorego, prawie zupełnie ustąpiło.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Paryzkie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie z dnia 8 października 1907.

Morax: *Wąglik powieki górnej z następową ropowicą twarzy.*

Przypadek dotyczy robotnika, pracującego przy przeróbce wełny. *Pustula maligna* zajęła górną powiekę. Obrzęk rozszerzył się jednak na całą połowę twarzy. Leczenie polegało na wstrzykiwaniach roztworu *Lugola* w części opuchnięte. Po 7 dniach wysokiej gorączki z majaczeniami ciepłota ciała nagle spadła i chory był już bliskim wyzdrowienia, gdy tymczasem 10-go dnia, mimo pilnego płukania ust, wystąpiła ropowica cuchnąca policzka. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność beztlenowców. Było to więc zakażenie nie czysto wąglikowe, ale mięszane. Wiadomo, że zakażenie wąglikiem zmniejsza odporność wobec beztlenowców i że

we krwi zwierząt, które padły skutkiem wąglika wnet po śmierci pojawiają się anaeroby. W przypadku autora dokonano z powodu ropowicy licznych nacięć policzka, a zbliznowaciałą i skurczoną powiekę górną zrestaurowano zapomocą przeszczepienia uszypułowanego płata skórnego. Co do skuteczności leczenia wąglika wstrzykiwaniami rozczynu *Lugola*, niechce autor na podstawie jednego przypadku nic stanowczego orzekać.

Dyskusya: Sulzer widział w pewnej fabryce, w której przerabiano rogi zwierzęce, kilka następujących po sobie przypadków wąglika u robotników, z tych niektóre ze zejściem śmiertelnem. Sądzi on, że zakażenie wąglikiem należy tu uważać za wypadek przy pracy, uprawniający do odszkodowania, a nie za chorobę profesyonalną.

Antonelli widuje w Neapolu nierzadko przypadki wąglika powiek. Roznosicielami zarazka są prawdopodobnie muchy. Chorzy zgłaszają się zazwyczaj późno. już z zupełnem zbliznowaceniem i wywinięciem powieki. Blefarorafia i blefaroplastyka sposobem Thierscha dają dobre wyniki.

Cantonnet: *Szczególny przypadek czynnościowego zeza ku górze.*

U 48 letniego rytownika, nie obciążonego dziedzicznie, ale nerwowego, wykonują oba oczy napadowo silne i szybkie ruchy boczne, przypominające *nystagmus horizontalis*. Chory okazuje od urodzenia zez, pojawiający się przy patrzeniu ku górze, przyczem jedno oko zbacza jeszcze wyżej. Im bardziej wzrok podniesiony, tem kąt zeza jest większy. Dwuwidzenie można wykazać, ale nie dokucza ono choremu. Autor zamierza wykonać antypozycyę mięśnia prostego dolnego. Podobne przypadki opisali Graefe i Houdart.

Dyskusya: Morax widział niedawno kobietę ze zezem zbieżnym, występującym tylko w dolnej części pola widzenia. Aby uniknąć dwuwidzenia chora trzyma wciąż głowę ku przodowi pochyloną.

Terson: *Przyczynek do historyi jaskry.*

Autor wykazuje. że nie Brisseau ale Plattner (1745) był pierwszym, który wykazał jako objaw pewnych chorób ocznych wzmożenie ucisku wśródgałkowego. Demours (1821) podał w swym podręczniku dokładny już obraz kliniczny jaskry. Fabrini (1831) pisze również wyraźnie o kamiennej twardości oka dotkniętego jaskrą. Istnienie tego objawu stwierdzili następnie w swych pismach: Warnatz, Welles, Middlemore i Mackenzie.

Kalt: *Pogorszenie wśródgałkowej gruźlicy wskutek zapuszczenia tuberkuliny do worka spojówkowego.*

U 64-letniego robotnika rolnego stwierdził autor w kwietniu 1907 zaćmienie rogówki prawego oka, liczne tylne wzrosty tęczówkowe, z dna oka nie można było wydobyć odblasku, jak się zdaje z powodu wysięków dawniejszej daty. Chory zgłosił się z powodu osłabienia wzroku lewego oka. Tu oprócz starego wysięku w źrenicy było jedno ognisko zapalne w twardówce T = + 1. Sklerotomia. Przypalenie guzka w twardówce. Wstrzykiwania podspojówkowe sinku rtęciowego i zastrzyknięcia miąższowe jodku rtęciowego. W lipcu zanotowano lekką poprawę na oku lewem, na prawem stan jednakowy. Dla rozstrzygnięcia rozpoznania, zakroplono do prawego oka 1 kroplę 1% tuberkuliny, wytworzonej w instytucie Pasteura. Bezpośrednio potem znaczne pogorszenie na oku prawem. Całą górną część twardówki zajmuje głęboka sprawa zapalna. Rogówka w górnej części się zaćmiewa. Silne nastrzyknięcie rzęskowe. W krótkim czasie cała rogówka uległa zaćmieniu. Na lewem oku, gdzie tuberkuliny nie zapuszczono, guzek zapalny w twardówce znikł prawie bez śladu. Autor przytacza drugi podobny przykład pogorszenia zapalenia gruźliczego tęczówki u 10-letniego chłopca w następstwie zapuszczenia tuberkuliny w celach rozpoznawczych.

Dyskusya: Morax twierdzi, że w obu przypadkach Kalta zachodzi tylko przypadkowy zbieg okoliczności. Nie wierzy, żeby zapuszczenie 1% roczczynu tuberkuliny mogło przewlekłe gruźlicze zapalenia tęczówki lub twardówki zamienić na ostre. Zdaniem jego jednak w celach rozpoznawczych korzystniej jest wstrzykiwać tuberkulinę podskórnie, aniżeli wkraplać ją do worka spojówkowego, bo, gdy oprócz podniesienia ciepłoty ciała wystąpi także odczyn miejscowy na oku, to wiemy, nietylko, że gdzieś w ustroju istnieje ukryte ognisko gruźlicze, ale także, że zmiana w oku jest gruźliczej przyrody.

Dubois de Lavigerie: streszcza pracę Roche'a z Marsylii o konieczności wymagania od kierowników i mechaników, prowadzących samochody pewnego określonego minimum bystrości wzrokowej. — (Według Opht. Klinik). *K. W. Majewski.*

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr K. Wessely, asystent kliniki ok. w Wyrcburgu, habilitował się tamże przy uniwersytecie.

IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W Hadze um. 23-go lutego b. r. wzięty okulista Dr M. Jan Bouvin w 61 r. życia.

Redakcya otrzymała następujące pismo:

Szanowna Redakcyo!

Z przypisku Sz. Redakcyi, którego nie było w korekcie mej pracy p. t. »Anatomicznie badany przypadek wyrwania nerwu wzrokowego przy wyrwaniu gałki ocznej«, mogłoby wynikać, że przeoczyłem istnienie w piśmiennictwie artykułu umieszczonego w P. O. z r. 1904. Donoszę więc dla wyjaśnienia, że omawiając w mej pracy tylko grupę ściśle urazowego wyrwania gałki nie mogłem uwzględnić piśmiennictwa dotyczącego zwichnięć gałki podczas porodu.

Z poważaniem

Lwów, 4. III. 1908. *Dr Reis.*

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem Józefa Filipowskiego.